

- ◆ 後発品のある先発医薬品の
選定療養が2024年10月開始
- ◆ 今後増加する高齢者救急への
対応

Vol. 155 2024

9-10月号

ボラnte

医療経営の舵取りを支援する医療経営情報誌。
医療専門コンサルタントが最新の業界動向をお届けします。

後発品のある先発医薬品の 選定療養が2024年10月から開始、 後発品との差額の一部を患者負担に

2024年10月から患者が長期収載品を希望して選択した場合、後発品との差額の一部を患者負担とする「長期収載品の選定療養費」の制度が始まります。

患者自らが長期収載品を希望した場合は、原則、選定療養費の対象となりますが、医療上必要があると認められる場合や後発医薬品を提供することが困難な場合には、引き続き保険給付となります。

本稿ではその制度の概要をご紹介します。

👉 選定療養の対象となる長期収載品とは

2024年度診療報酬改定では、医療保険財政の中でイノベーションを推進する観点から、長期収載品の保険給付の在り方の見直しが行われました。これにより、2024年10月から、患者が長期収載品を希望して選択した場合、後発品との差額の一部を「選定療養費」として患者負担とする制度が始まります。

具体的には、患者自らの希望で後発医薬品ではなく長期収載品を選択した場合、長期収載品と後発医薬品との価格差の4分の1相当を保険給付から除外し、選定療養として患者の自己負担分が増える仕組みとなります(図表1)。

長期収載品とは、

- ① 後発医薬品のある先発医薬品(いわゆる「準先発品」を含む。バイオ医薬品を除く)
- ② 組成及び剤形区分が同一であって、「ア:後発品上市後5年を経過した品目(後発品置換え率が1%未満のものは除く)」もしくは「イ:上市後5年を経過していない品目のうち、後発品置換え率が50%以上のもの」の

いずれかに該当する品目

- ③ 長期収載品の薬価が、最も薬価が高い後発医薬品の薬価を超えていること一の3つを満たすものを指します(※)。

※ 出典: 厚生労働省「長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養の対象医薬品について」令和6年4月19日事務連絡より一部改変

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001247593.pdf>

なお、実際に対象となる長期収載品は、厚生労働省ホームページにある対象医薬品リストに公表されています。

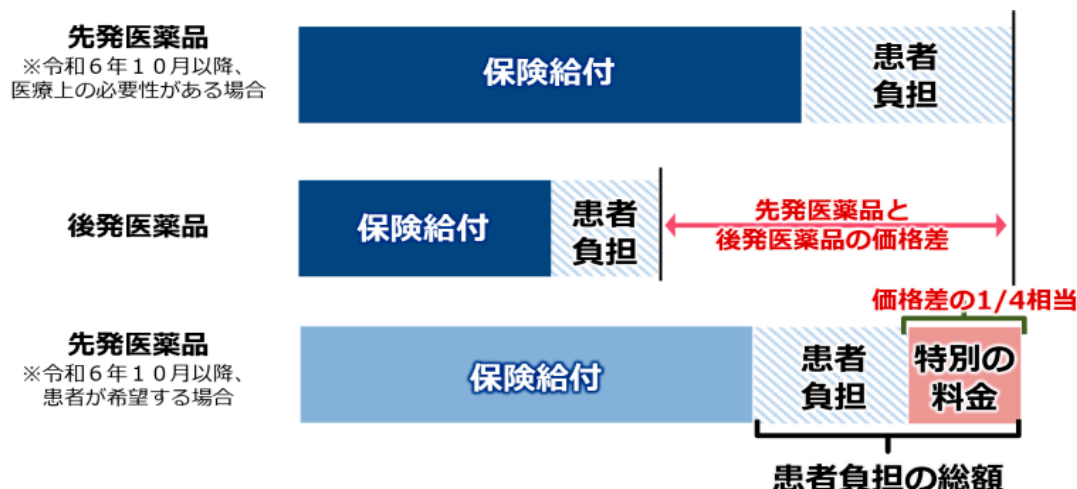
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001247591.pdf>

👉 院外・院内処方等が対象で、入院患者は対象外

本制度が適用される対象は、次の3つをすべて満たす場合となります(※)。

- ① 患者に対して長期収載品の処方等に関する十分な情報提供がなされ、患者の自由な選択と同意があった場合。なお、院外処方や院内処方等及びそれを踏まえた調剤時における患者の希望による長期収載品の選択が対象で、入院中の患者は対象外。
- ② 長期収載品を処方等することに医療上必要があると認められる場合に該当しない

図表 1 長期収載品の選定療養の概要



出典： 厚生労働省ホームページ「後発医薬品のある先発医薬品(長期収載品)の選定療養 について」

図表 2 長期収載品の選定療養の対象の概要(一部抜粋)

入 院		対象外(退院時処方も同様に対象外)
外 来	院内処方	患者が長期収載品を希望した場合、対象。 ただし以下に該当する場合は対象外。
	院外処方	【1】医療法必要があると認められる場合 ^{※1} 【2】後発医薬品を提供することが困難な場合 ^{※2}

※1: 医療上必要があると認められる場合

- ① 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師等が判断する場合。
- ② 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師等が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。
- ③ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師等が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合
- ④ 後発医薬品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等をする医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。

※2: 後発医薬品を提供することが困難な場合の疑義解釈(一部抜粋)

- ・ 院内採用品に後発医薬品がない場合は、「後発医薬品を提供することが困難な場合」に該当すると考え、保険給付の対象。
- ・ 提供困難の判断は、出荷停止、出荷調整等の安定供給に支障が生じている品目かどうかで判断するのではなく、あくまで、現に、医療機関等において、後発医薬品を提供することが困難かどうかで判断。

出典： 厚生労働省「長期収載品の処方等又は調剤について(通知)」令和6年3月27日保医発0327第11号 及び「長期収載品の処方等又は調剤の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について(その1)」令和6年7月12日事務連絡 より抜粋

こと。具体的には、処方箋の「変更不可(医療上必要)」欄に「✓」又は「×」が記載された長期収載品でないこと。他方、「患者の希望を踏まえ銘柄名処方」で、「患者希望」欄に「✓」又は「×」を記載された長期収載品」および「一般名処方され、患者が調剤を希望した長期収載品」は選定療養の対象となる。

③ 後発医薬品の在庫状況等を踏まえ、後発医薬品を提供することが困難な場合に該当しないこと。

※ 出典：厚生労働省「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について(通知)」令和6年3月27日 保医発0327第10号 を基に一部改変

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/15-3.pdf>

これまで②の医療上の必要性についての詳細が明らかにされていませんでしたが、7月12日の疑義解釈通知で4つのケースが例示されました(図表2)。

また医療上の必要性から長期収載品を処方し、保険給付の対象とする場合には、診療報酬請求書等の「摘要」欄に理由を選択して記載することが必要となります(院内処方も同様)。

☞院内掲示やウェブサイトへの掲載が求められる

またこの制度の導入に伴い、処方箋の変更が行われました。新しい処方箋では、「変更不可」欄に「(医療上必要)」が追加されるとともに、「患者希望」欄が追加されています(図表3)。

例えば、患者の希望を踏まえて、長期収載品を銘柄名処方する場合には、「患者希望」欄に「✓または「×」を医薬品ごとに記載することになります。

なお、長期収載品の処方等する医療機関等については、本制度の趣旨及び特別の料金について院内の見やすい場所に患者にとって分かりやすく掲示することが療養担当規則(保険医療機関及び保険医療担当規則)に新設されました。また当該揭示事項については、ホームページを有している医療機関等は、原則、ウェブサイトへの掲載が求められています(経過措置：2025年5月31日)。



図表3 処方箋様式の変更について

様式第二号の二（第二十三条関係）

出典：厚生労働省「保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部を改正する省令」令和 6 年厚生労働省令第 35 号 より抜粋

今後増加する高齢者救急への対応

今後増加することが予想される高齢者の救急搬送は、重篤度の判断が困難な場合もあり、三次救急医療機関以外でも対応可能な病態であった場合は迅速に下り搬送等、病院間において連携を行うことが求められます。

これは機能別の明確化、三次救急医療機関の負担軽減につながることから、新たに救急患者連携料が創設されました。

その主な内容を見ていきましょう。

救急搬送に関する中医協等での議論

高齢化の伸展の中で、救急搬送の在り方に大きな変化が見えています。図表1は二次医療圏ごとにおける救急車搬送台数のピークの年を示しています。全国的にみると、2035年にピークを迎えることが見込まれています。

図表2は救急搬送人員の10年間の比較を表していますが、高齢化・軽症化が顕著になっていることがわかります。これは、中医協等でも議論されており、これまでの中医協総会等における救急搬送等に係る主な意見としては、

○ 救急医療における機能分化のためには、三次医療機関が求められている役割をより果たすためにも、三次医療機関での対応が求められる患者への対応により重点化すべきではないか。

○ リハビリ専門職は回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に多く配置されているため、救急医療機関からの必要な下り搬送を推進するとともに、急性期の高齢者を早期のリハビリが可能な地域包括ケア病棟等で受け止めることが望ましいのではないかと指摘されています。

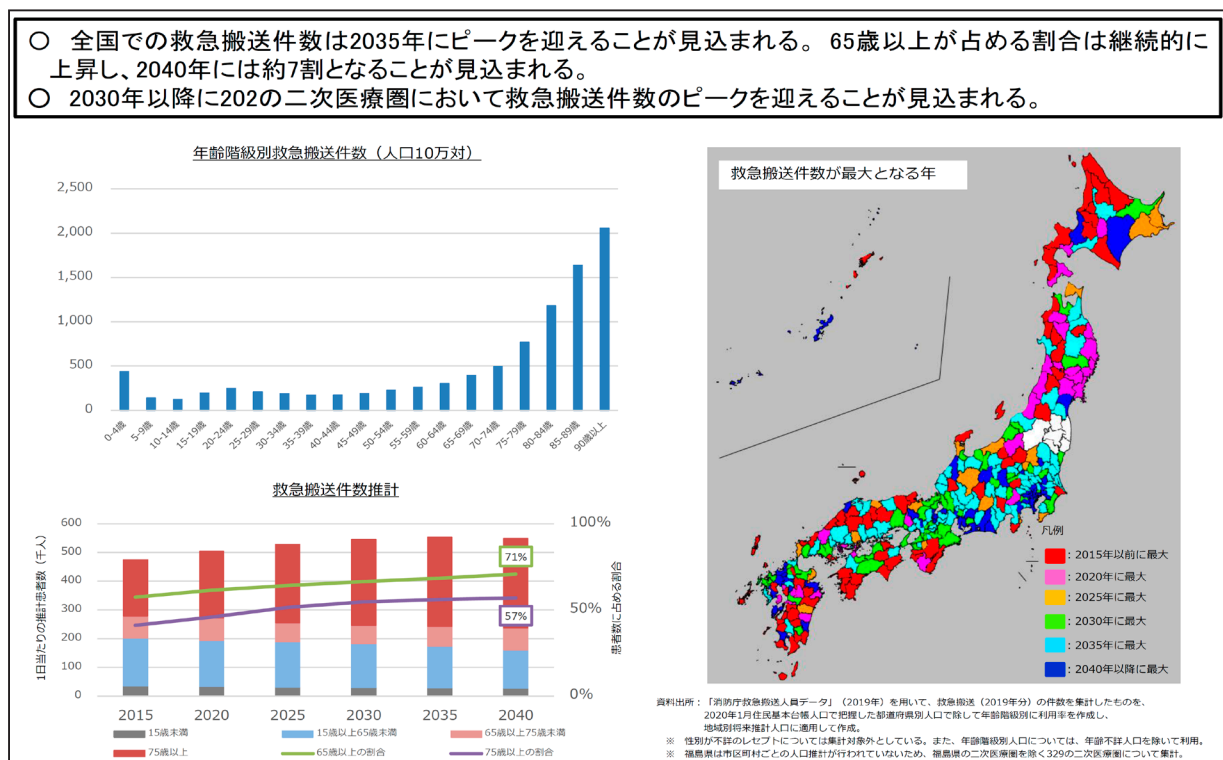
○ 救急搬送される高齢患者については、誤嚥性肺炎や尿路感染症が迅速に治療され結果的に早期に回復する場合でも、発症の段階では重篤な疾患との判別が困難な場合があるため、不必要に救急搬送されている場合が多いわけではないことに留意すべきではないか。

○ 特に高齢者救急においては重篤度の判断が困難な場合もあるため、救急搬送で三次救急病院に搬送され、結果的に三次救急病院以外でも対応可能な病態の患者であった場合には、迅速に下り搬送を行うことが重要ではないかと指摘されています。

また、入院・外来医療等の調査・評価分科会(検討結果とりまとめ)においても、

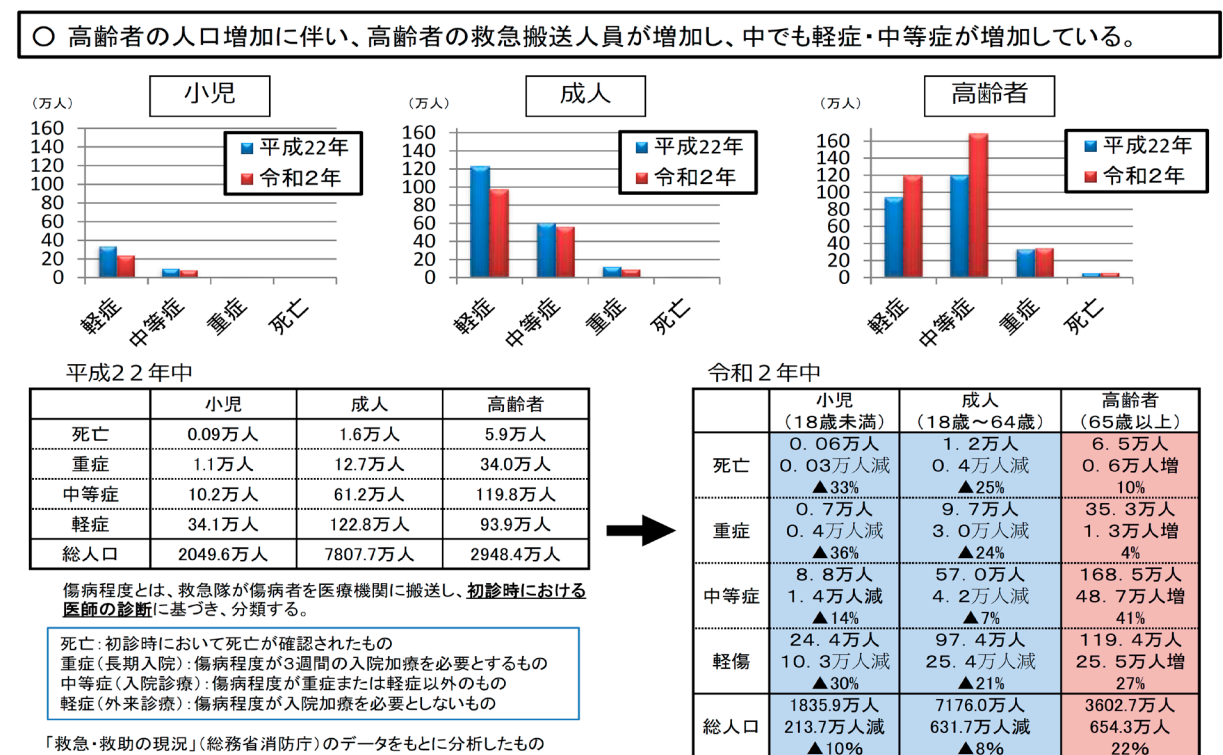
○ 高齢者等に対する急性期医療への対応においては、まずは診断をつけることが重要である場合があることや、三次救急医療機関は高度な医療に集中すべきであることから、救急医療機関で初期対応を行った後の転院搬送について評価するとともに、地域包括ケア病棟等によるこうした転院搬送の患者の受入についても評価すべきではないかと指摘されています。

図表1 今後の救急搬送件数の見込(都道府県別)



出典: 厚生労働省 外来医療の提供体制について(第9回第8次医療計画等に関する検討会2022年6月15日)より抜粋

図表2 10年前と現在の救急搬送人員の比較(年齢・重症度別)



出典: 厚生労働省 第570回中医協総会(2023年12月6日)資料より抜粋

👉 2024年度診療報酬改定における 救急患者の転院搬送の推進

これらの救急搬送の実態を受け、今回の診療報酬において、初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価として、救急患者連携搬送料が新設されました。

(新) 救急患者連携搬送料

- 1 入院中の患者以外の患者の場合
1,800 点
- 2 入院1日目の患者の場合
1,200 点
- 3 入院2日目の患者の場合
800 点
- 4 入院3日目の患者の場合
600 点

[対象患者]

救急外来を受診した患者又は緊急入院後3日目までの患者

[施設基準]

- (1) 救急搬送について、相当の実績を有していること。
- (2) 救急患者の転院体制について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行っていること。
- (3) 連携する他の保険医療機関へ搬送を行った患者の臨床経過について、転院搬送先の保険医療機関から診療情報の提供が可能な体制が整備されていること。
- (4) 連携する他の保険医療機関へ搬送した患者の病状の急変に備えた緊急の診療提供体制を確保していること。

救急患者連携搬送料の新設に伴い、急性期一般入院料における在宅復帰率に関する施設基準について必要な見直しが行われています。

また、この患者は一般病棟の在宅復帰率の退院患者に含まれない(在宅復帰率系算定の分母に参入されない)こととなっています。

さらに、地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価として、地域包括医療病棟入院料が新設されています。

(新) 地域包括医療病棟入院料(1日につき) 3,050 点

[算定要件]

(1) 一略一 ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3(1,003点※筆者追加)の例により、算定する。

(2) 一略一 別に厚生労働大臣が定める日の特定入院料は、夜間看護体制特定日減算として、次のいずれにも該当する場合に限り、所定点数の100分の5に相当する点数を減算する。

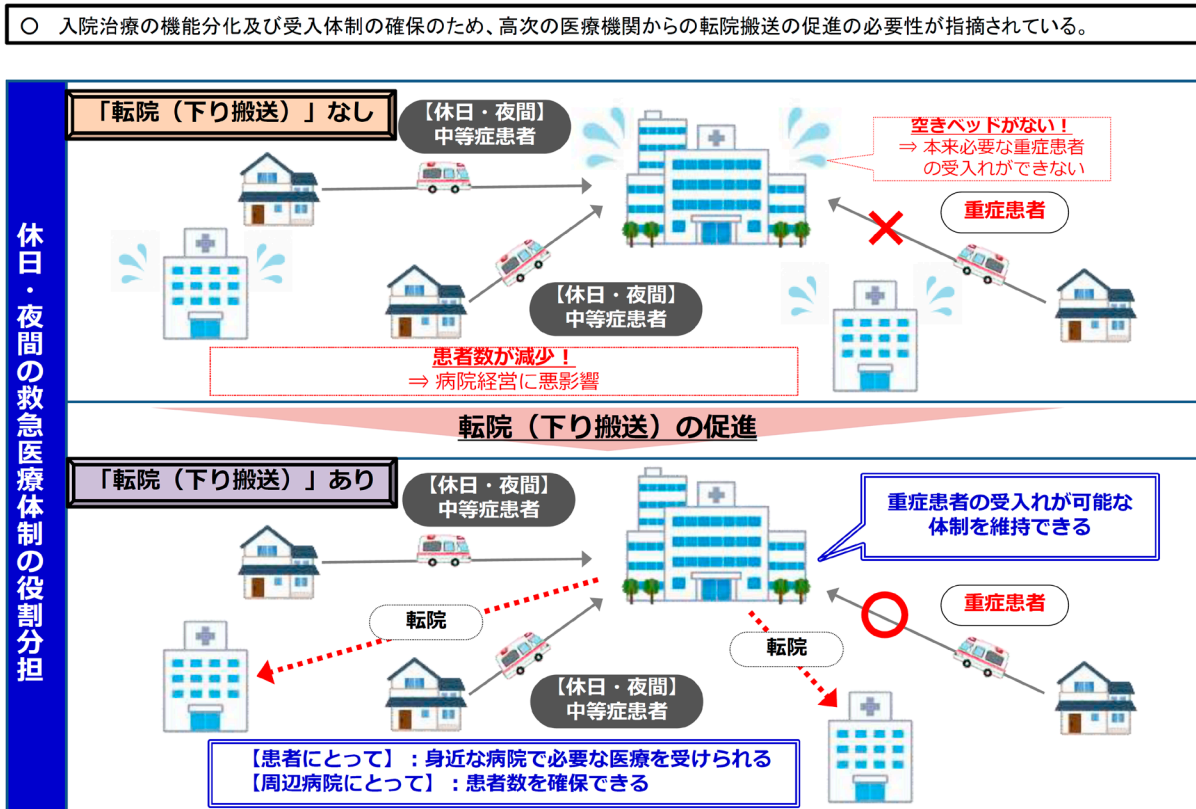
イ 年6日以内であること。

ロ 当該日が属する月が連続する2月以内であること。

[施設基準] 筆者抜粋

- 病院の一般病棟を単位
- 1日に看護を行う看護職員の数
10対1、うち7割以上が看護師
- 夜勤を行う看護職員数は、2以上
- 常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が2名以上配置
- 専任の常勤管理栄養士1名以上を配置
- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度が一定以上
- 平均在院日数が21日以内
- 在宅復帰率が8割以上

図表3 転院(下り搬送)による救急医療体制の役割分担(イメージ)



出典：厚生労働省 第570回中医協総会(2023年12月6日)資料より抜粋

- 当該保険医療機関の一般病棟からの転棟が5%以内
 - 救急患者搬送15%以上
 - データ提出加算に係る届出
 - 特定機能病院以外の病院である
 - 急性期充実体制加算の届出を行っていないこと
 - 専門病院入院基本料の届出を行っていないこと
 - 脳血管疾患等リハビリテーション料及び運動器リハビリテーション料の届出を行っていること
 - 入退院支援加算1の届出を行っていること
- 等となっています。

～医療費の基本としくみを学ぶシリーズ(41)～

在宅時／施設入居時等医学総合管理料 5つの項目に応じて点数が定められている

弊社で執筆いたしました「**医療費の仕組みと基本がよ～くわかる本**」(第5版)
(2024年度診療報酬改定に対応した最新版)を、4月に秀和システムから発行しました。
全国の書店などで好評発売中です。ここでは、その内容の一部を抜粋してお届けいたします。

「在宅時医学総合管理料」「施設入居時等医学総合管理料」の点数は、訪問診療を受ける患者の状態や人数、在宅療養支援診療所／病院の届出の有無などに応じて、細かく点数が定められています。

👉 同じ建物内の患者の人数によって、 点数が異なる

前節で触れた「在宅時医学総合管理料」「施設入居時等医学総合管理料」について、もう少し詳しく解説していきます。在宅時／施設入居時等医学総合管理料は、主に以下の5つの項目に応じて点数が細かく分かれています。なお、今回(2024年度)の改定で、④同じ建物内の訪問診療患者数の人数の区分が、これまでの3区分(「1人」「2～9人」「それ以外」)に「10～19人」「20～49人」の区分が加わり、5区分に細分化されました。

- ①在宅療養支援診療所／病院の届出の有無
- ②患者の状態(重症患者への該当の有無)
- ③1か月の訪問回数(1回もしくは2回以上)
- ④同じ建物内の訪問診療患者の人数
- ⑤情報通信機器を用いた診療の有無

一例として、「機能強化型の在宅療養支援診療所(病床なし)」の医師が、有料老

人ホームに入居している患者に対し、訪問診療を「月1回」行っている場合(情報通信機器を用いた診療なし)を考えます。

上記の診療所が訪問診療を提供している患者が、同じ有料老人ホーム内に1人だけの場合、施設入居時等医学総合管理料の点数は「1,785点」となります。仮に、訪問診療を提供している患者が有料老人ホーム内に50人以上いる場合には、患者1人の点数は「525点」、患者が2～9人の場合は「975点」になります。同じ施設内に訪問診療を受ける患者が多くいるほど、点数が下がる仕組みになっています。

👉 末期のがん患者への訪問診療は手 厚い点数

次に、「月2回」の訪問診療を行っている場合を考えます。患者が「重症患者*」に該当する場合は、以下の表のようにその他の患者より高い点数が設定されています。同じ施設内に患者が1人だけの場合は「3,585点」、2～9人の場合「2,955

* 重症患者: 厚生労働省が定める状態をいい、特掲診療科の施設基準等別表第8の2に掲げる疾患・状態。

点」、50人以上の場合「1,935点」です。
重症患者というのは、「末期の悪性腫瘍の患者・在宅血液透析を実施している患者・酸素療法を実施している患者」などです。

在宅時医学総合管理料についても、施設入居時等医学総合管理料と同様の仕組みですが、点数はやや高めとなっています。

施設入居時等医学総合管理料の点数(一部抜粋)

施設	患者の状態 / 訪問回数	情報通信機器 の利用の有無	単一建物の診療患者数				
			1人	2～9人	10～19人	20～49人	50人以上
機能強化型の在宅療養支援診療所／病院(病床なし)	重症患者 (月2回以上訪問)	—	3,585点	2,955点	2,625点	2,205点	1,935点
	その他 (月2回以上訪問)	無	2,885点	1,535点	1,085点	970点	825点
		有: うち1回以上	2,054点	1,160点	805点	720点	611点
	その他 (月1回訪問)	無	1,785点	975点	705点	615点	525点
		有:2月に1回に限り	1,020点	573点	395点	344点	292点
在宅療養支援診療所／病院	重症患者 (月2回以上訪問)	—	3,285点	2,685点	2,385点	2,010点	1,765点
	その他 (月2回以上訪問)	無	2,585点	1,385点	985点	875点	745点
		有: うち1回以上	1,894点	1,090点	765点	679点	578点
	その他 (月1回訪問)	無	1,625点	905点	665点	570点	490点
		有:2月に1回に限り	940点	538点	375点	321点	275点
上記以外	重症患者 (月2回以上訪問)	—	2,435点	2,010点	1,785点	1,500点	1,315点
	その他 (月2回以上訪問)	無	1,935点	1,010点	735点	655点	555点
		有: うち1回以上	1,534点	895点	645点	573点	487点
	その他 (月1回訪問)	無	1,265点	710点	545点	455点	395点
		有:2月に1回に限り	760点	440点	315点	264点	225点



「医療費の仕組みと基本がよ〜くわかる本」

は、社会保障費の中心的な要素である医療費にスポットをあてて、図表を使ってわかりやすく医療費・診療報酬を解説した入門書です。

患者になったときの診療代はどのようになっているのか、患者さんに対し医療機関窓口で職員としてどのように対応するのかがわかります！

2024年度診療報酬改定に対応した最新【第5版】を秀和システムから発行しました。

好評発売中!

—厚生行政ダイジェスト—

副業・兼業先への移動時間も勤務間インターバルに

厚生労働省は7月23日、医師の働き方改革を巡り、副業・兼業先との往復の移動時間について、終業時刻から次の始業時刻までに一定時間以上の休息を確保する「勤務間インターバル」に含めることができるとの解釈をQ & Aで示しました。また、連続した9時間の休息を確保した後、予定された次の始業までに急な呼び出しでの業務が1時間発生した場合には、その時間分の代償休息を付与する義務はないとの考えも明らかにした。

働き方改革については、医師の時間外労働を4月以降、原則として年960時間に罰則付きで規制する制度が施行されました。ただ、地域医療提供体制の確保や一定の期間集中的に技能向上を図るために、医師の時間外労働の上限を年1,860時間に緩和する特例水準(「B」「連携B」「C-1」「C-2」)を設けています。

この制度ではやむを得ず医師を長時間労働に従事させる必要があります。都道府県から「特定労務管理対象機関」の指定を受けた医療機関は、それぞれの特例水準が適用される医師の勤務間インターバルや代償休息を確保する必要があります。7月23日付のQ & Aでは、副業・兼業先との往復の移動時間についてそれぞれの職場に向かう通勤時間であり、通常は使用者の指揮の命令下になく労働時間に該当しないと考えられるとして、勤務間インターバルに含めることができるとしました。ただし、遠距離の自動車の運転などで休息が取れないことも想定されることから、別に休息の時間が確保できるよう十分な勤務間インターバルを確保するなどの配慮が必要との見解も示しました。

特例水準に該当する医師は勤務間インターバルの義務の対象ですが、副業・兼業先も含めた時間外・休日労働が年960時間未満(「A水準」内)に結果的に収まることも想定されます。厚生労働省は、「A水準」相当の時間外・休日労働となる場合や、そうなった場合でも特例水準の医師には勤務間インターバルや代償休息の確保を義務として引き続き行うよう求めています。また、36協定の締結当初、「B」「C」水準としていた医師に適用する水準を対象期間の途中で「A水準」に変更することは可能ですが、その際の留意点を明示しました。変更は、妊娠や長期間の病氣療養など年960時間を超える時間外・休日労働を行う必要がなくなったことが客観的に明らかであるといえる事由がある場合に限るとしています。

病床機能報告の項目見直し案を公表

厚生労働省は、病床機能報告の項目の見直し案(概要)を7月29日に公表しました。

「入院患者に提供する医療の内容」のうち「救急医療の実施状況」として、手術や処置の「休日加算」「時間外加算」「深夜加算」の算定件数の報告を新たに求めます。

また、「病床数・人員配置・機器等」の報告から、回復期リハビリテーション病棟入院料の体制強化加算1と加算2の届け出に関する項目を削除します。2024年度の診療報酬改定でこの加算が廃止されたため、経過措置の期限が3月末に切れた介護療養型医療施設に関する記載も削除します。

一方で、急性期充実体制加算を届け出ている、小児科・産科・精神科の入院医療も提供する病院への評価として2024年度に新設された「小児・周産期・精神科充実体制加算」の届け出状況を追加するなど、診療報酬改定に合わせて項目を入れ替えます。

介護連携、医療機関に“積極的な協力”を呼び掛け

厚生労働省は、在宅医療に関わりがある地域の医療機関に対し、高齢者施設などから「協力医療機関」としての連携の依頼があった場合は、可能な限り協議に応じることを促す事務連絡を都道府県などに発出しました。

2024年度介護報酬改定では、介護老人福祉施設や介護老人保健施設などの介護施設を対象として「協力医療機関」を定め、利用者の病状が急変した際に相談や診療依頼、緊急時の入院もできる体制の確保を義務付けています。一方、有料老人ホームやケアハウス、認知症グループホームなどでは、同様の内容は努力義務とされています。

義務化には3年の経過措置が設けられていますが、厚生労働省は経過措置にかかわらず、なるべく速やかに医療との連携を促したい考えです。その際、高齢者施設側の努力だけでは限界があることから、事務連絡では、実効性ある連携体制を早期に構築できるよう、医療機関に対し積極的な協力を呼び掛けています。

2024年度の改定では、第二種協定指定医療機関と連携し、新興感染症などの発生時の対応を取り決めておくことを高齢者施設などの努力義務とし、平時からの感染対策や感染症発生時に感染者の対応を行う医療機関との連携体制を評価する「高齢者施設等感染対策向上加算」を新設しました。こうした取り組みも踏まえ、感染症対策・対応に関する協議にも可能な限り応じるよう医療機関に求めています。

そのほか、2024年度改定では入退院前後のリハビリの質を連続的に保つために、通所・訪問のリハビリテーション事業所に対し、医療機関のリハビリテーション実施計画書の入手を義務化しました。医療機関の退院前カンファレンスに事業所の医師などが参加して共同指導を行ったことを評価する「退院時共同指導加算」も創設しています。そのため、実施計画書を速やかに提供し、退院前カンファレンスの開催時には事業所に参加を呼び掛けるといった協力を行うよう医療機関に促しています。

マイナ保険証利用率「届け出不要」加算見直して

厚生労働省は、2024年度の診療報酬改定で新設された「医療DX推進体制整備加算」を10月に3区分にするのに先立って、見直しに伴う留意事項の通知を8月20日付で発出し、マイナ保険証の利用実績(利用率)などの基準を地方厚生局に届け出る必要はないとする取り扱いを示しました。

厚生労働省は、社会保険診療報酬支払基金から毎月報告されるマイナ保険証の利用率が医療DX推進体制整備加算1～3ごとの基準を満たしていればよいとしています。また、マイナポータルの医療情報に基づいて患者からの健康管理の相談に応じることの施設基準なども同じ取り扱いにします。この基準は、医療DX推進体制整備加算1と加算2に設定します。

医療DX推進体制整備加算の施設基準を届け出済みの医療機関や薬局が届け出し直すことも不要としていますが、マイナ保険証利用率の要件が基準に満たない場合は算定を認めない方針です。

マイナ保険証の利用率の基準値は、10～12月の適用分は医療DX推進体制整備加算1が15%、加算2が10%、加算3が5%となります。2025年1～3月には医療DX推進体制整備加算1を30%、加算2を20%、加算3を10%にそれぞれ引き上げます。

医療経営にも役立つ！ 今月のドラッカーの名言

マネジメントの父と称されるピーター・F・ドラッカーの言葉から、医療経営を担う経営者や管理者、医療現場の職員の皆さまの日々の活動に役に立つものを取り上げて発信していきます。

今月の名言

“これからのリーダーは 変化を活かすチェンジリーダーになれ！”

(P.F.ドラッカー著「明日を支配するもの」(ダイヤモンド社)より)

解説



『今日のような乱気流の時代にあっては、変化が常態である。変化はリスクに満ち、悪戦苦闘を強いられる。だが、変化の先頭に立たない限り、生き残ることはできない。変化を脅威ではなく、チャンスとして捉えるリーダーでなくてはならない。』

とドラッカーは説きます。

マネジメント・経営とは変化にいかに対応するかということです。変化をマネジメントするためには、変化の先頭に立ち、自らも変化を推進するエネルギーにならなければなりません。自ら変革を先導するリーダーをチェンジリーダーといいます。

変化が激しいのは IT業界だけではなくありません。医療業界においても、診療報酬改定にとどまらず、人口減少にともなう社会構造の変化は、患者動態や雇用環境にも大きな影響を与えています。ドラッカーが言うように変化が常態になっているのです。

大きな変化が常に起きている今日、変化にいかに対応して生き残っていくか、もう一度ドラッカーのこの言葉に向き合う必要があります。

医療機関の“後継者問題”でお困りの方へ 最適な候補者とのマッチングを支援します

診療所など医療機関の事業承継・M&Aなら

the 医療承継



クリニックに特化

当社は他のM&A会社とは違い、クリニックに特化した事業承継（M&A）を支援していますので、クリニックの事業承継に関する情報を豊富に取り扱っています。



医療機関専門の コンサルタントが対応

当社は医療経営に精通したコンサルタントが、アドバイザーとして担当します。事業承継だけでなく、クリニック経営に関することも含めてワンストップで相談していただけます。



25年超のコンサルティング実績

当社では、医療機関に特化したコンサルティングだけで25年以上やっています。これまで培ってきたノウハウや知見が、事業承継、その後のクリニック経営にもお役に立てると考えています。

クリニックの事業承継支援

クリニックに特化した事業承継の支援をしています。一般企業や病院、介護施設、調剤薬局などを一緒に扱っている会社もありますが、当社はクリニック専門です。これまで25年超のコンサルティング業務で培ってきたネットワークを通じて、最適な候補者とのマッチングを支援します。



◆お問い合わせ・ご相談：医療総研株式会社 森田 morita@iryso-soken.co.jp

医療総研株式会社

記事へのご質問や経営に関する
ご相談などお気軽にご連絡ください。

発行責任者：伊藤 哲雄

東京都渋谷区渋谷1-7-5
青山セブンハイツ804

TEL : 03 - 6451 - 1606

FAX : 03 - 6451 - 1607

e-mail : otoiawase@iryo-soken.co.jp

